ITEM 188 : HYPERSENSIBILITÉ ET ALLERGIE RESPIRATOIRE CHEZ L'ADULTE : ASTHME ET RHINITE ALLERGIQUE

GÉNÉRALITÉS	- En France, prévalence chez l'adulte : asthme = **6 %**, rhinite allergique (RA) = **24 %**, RA chez les asthmatiques = **80 %** et **25** % dans la population générale.		
	Asthme	= **Maladie inflammatoire chronique** conduisant à des modifications de la structure **des voies aériennes inférieures (VAI)** associant : - **Symptômes** respiratoires paroxystiques (dyspnée, sifflements, oppression thoracique et/ou toux). - ET **obstruction** des voies aériennes potentiellement réversible d'importance variable. → **Variables** au cours du temps.	
	Hyperréactivité bronchique	Bronchoconstriction **exagérée** lors de l'exposition à divers stimuli : - Pharmacologiques comme **la méthacholine** (activation des récepteurs muscariniques). - Physiques comme l'air froid et sec.	
	Rhinite chronique allergique (RCA)	= **Maladie inflammatoire chronique** des **voies aériennes supérieures** (**VAS**) caractérisée par : - Les symptômes « **PARÉO** » (Prurit, Anosmie, Rhinorrhée, Éternuements, Obstruction nasale). - Les atteintes chroniques, **non mécaniques ni infectieuses**, des structures nasales (muqueuse et éléments associés) (des atteintes infectieuses des structures sinusiennes sont exclues). - Durée ≥ **12 semaines** (consécutives ou non) **par an.**	
	Atopie, allergie, sensibilisation	*Voir item 186.*	
PHYSIOPATHOLOGIE	*Asthme*	- **Inflammation bronchique chronique** : hyperplasie des glandes muqueuses, épaississement de la membrane basale, hyperperméabilité vasculaire (œdème de la muqueuse), hyperplasie et hypertrophie des cellules musculaires lisses. - **Modifications de la structure des voies aériennes** (remodelage). - **Hyperréactivité bronchique.** ➞ Ces mécanismes sont responsables des symptômes aigus et chroniques de l'asthme. On décrit 2 principaux phénotypes (tableaux clinico-biologiques) d'asthme en fonction du type d'inflammation des voies aériennes : - **Asthme TH2** : inflammation des voies aériennes faisant intervenir notamment les lymphocytes TH2 et les éosinophiles. Ce mécanisme est observé dans les asthmes allergiques et les asthmes à éosinophiles non allergiques. - **Asthme non TH2** : inflammation ne dépendant pas de lymphocytes TH2 ou d'éosinophiles. Les neutrophiles pourraient jouer un rôle dans ce type d'asthme.	
		Facteurs de risque	- Composante génétique : **maladie polygénique.** ➞ Risque pour un enfant de développer un asthme : 10 % si pas d'atcd familiaux, 25 % si un parent, ≥ 50 % si 2 parents. - Composante environnementale : infections virales, sensibilisation aux pneumallergènes, exposition au tabac dès la conception, pollution intérieure.
	RCA	*Voir item 186*	

ASTHME

DÉFINITION	*Clinique*	**Symptômes d'asthme**	- Association de plusieurs symptômes respiratoires : gêne respiratoire, dyspnée, sifflements, oppression thoracique et toux. - De brève durée (plusieurs minutes ; cédant en général en < 20 min). - Variables et réversibles. - Aggravation des symptômes la nuit ou au petit matin.
		Exacerbation (poussée)	Augmentation progressive des symptômes durant **≥ 2 jours**. Non calmée par les bronchodilatateurs utilisés de façon fréquente et en quantité importante, **sans retour spontané à l'état habituel** → **nécessitant une modification du ttt** (cure courte de corticostéroïdes par voie générale).
	Fonctionnelle	**Trouble ventilatoire obstructif** (TVO)	**Rapport VEMS** mesuré**/CVF** mesurée **< 0,7 (ou < 70 %) .** ATTENTION : Il ne s'agit pas d'un pourcentage d'une valeur normale théorique. Ex : VEMS mesuré = 1,2 L, CVF mesurée = 1,9 L VEMS/CVF = 0,63 (ou 63 %) < 0,7 (ou < 70 %).
		Réversibilité du TVO	Après inhalation d'un bronchodilatateur à courte durée d'action (BDCA) ou après une corticothérapie systémique de 2 semaines. - Réversibilité : ↗ VEMS **> 200 ml** et ↗ VEMS **> 12 %** par rapport à la valeur initiale. (VEMS post – VEMS pré)/VEMS pré > 0,12. - Réversibilité complète : Normalisation du rapport VEMS/CVF (> 0,7). et Normalisation du VEMS (> 80 % de la norme). - Attention : une réversibilité partielle peut être observée dans la BPCO. Une réversibilité complète exclut une BPCO et oriente vers un asthme.

		Hyperréactivité bronchique (HRB) ≠ inflammation bronchique	= ↘ **du VEMS de > 20 %** par rapport à sa valeur initiale après inhalation d'une dose standard d'agoniste cholinergique (méthacholines) ou après une stimulation physique comme l'air sec. - Valeur du est à la méthacholine : **VPN 100 %,** VPP 80 % → indication : suspicion d'asthme à l'interrogatoire, mais absence de TVO à l'état basal (asthme éliminé si test négatif).
DÉFINITION	*Fonctionnelle*	**Débit expiratoire de pointe (DEP)**	= Débit maximal instantané mesuré lors d'une expiration forcée. - Mesure **moins fiable** que le VEMS → Ne remplace pas la courbe débits-volumes pour établir le diagnostic d'asthme. - Avantage : **facilité d'utilisation** → utile dans certaines situations : . **Situations d'urgence.** . Diagnostic d'asthme professionnel. . **Autosurveillance** (après modification thérapeutique ou aide décisionnelle dans le plan d'action) → moyen objectif adapté ++ aux patients percevant peu leurs symptômes.
DIAGNOSTIC	*Diagnostic positif*	Chez patient **asymptomatique** → anamnèse +++	1) Diagnostic suspecté à partir de l'anamnèse : caractère **variable et réversible** des manifestations : - Symptômes d'asthme (cf. définition) : Association de plusieurs symptômes. . Aggravation la nuit et au réveil (↗ le tonus parasympathique broncho-constricteur). . Déclenchement par les infections virales, l'exercice, l'exposition aux allergènes, les irritants, le rire. . Sibilants à l'auscultation (= obstruction bronchique). 2) Diagnostic affirmé par les EFR : **TVO variable et réversible.** - Réversibilité aux bronchodilatateurs d'un TVO présent à l'état basal. - En absence de TVO à l'état basal : test à la méthacholine positif (apparition de TVO). 3) Diagnostic de sévérité : Valeur pronostic. Non évaluable d'emblée, nécessitant un suivi régulier et une évaluation répétée du niveau de contrôle.
	Diagnostic différentiel	**Clinique : symptômes d'asthme, pas de TVO**	- Dysfonction des cordes vocales (diagnostic ORL difficile). - Syndrome d'hyperventilation (évoqué à partir de questionnaires spécifiques validés).
		Clinique et fonctionnelle : présence de TVO, mais non réversible	Maladies chroniques des voies aériennes : Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) +++. Bronchectasies (diagnostic par TDM thoracique). Mucoviscidose. Bronchiolites constrictives (primitive, maladies de système, post greffe...) Autres : Corps étranger. Tumeurs trachéobronchiques. Insuffisance cardiaque.
	Bilan	**Recherche des facteurs favorisants**	**Bilan d'un asthme en consultation programmée** - Recherche des facteurs favorisants. - **Bilan allergologie (interrogatoire et Prick tests).** - Évaluation du contrôle, à chaque consultation. - Évaluation de l'observance du traitement et de la technique d'inhalation, à chaque consultation.
	Bilan	**Radio Thorax**	Indispensable lors de la 1re consultation pour **éliminer un diagnostic différentiel**.
		TDM thorax	Non nécessaire, envisagé si asthme avec contrôle difficile pour recherche de pathologie associée.
		EFR	Spirométrie avec test de réversibilité. ± Test à la méthacholine (en l'absence de TVO à l'état de base).
		Évaluation du contrôle et de la sévérité, à chaque consultation (Cf plus bas).	
TRAITEMENT	*Généralités*	*Deux situations*	- La prise en charge au long cours de la maladie chronique. - Les situations d'urgence : exacerbations.
		Objectifs du traitement	- Un contrôle optimal des **symptômes.** - Et une réduction du risque d'**exacerbations** : . De la dégradation de la **fonction respiratoire.** . Des effets secondaires du traitement.

PEC au long cours — **Traitement médicamenteux**

Palier	Ttt de fond préféré	Autre ttt de fond	Ttt de secours
Palier 1	Absent	Envisager CSI faible dose	BDCA à la demande Ou **CSI-formotérol** *Nouveauté CEP 2023*
Palier 2	CSI faible dose	Antileucotriène (ALT) Ou CSI-formotérol à la demande	
Palier 3	CSI faible dose + BDLA	CSI dose modérée à forte ou CSI faible dose + ALT	
Palier 4	CSI dose modérée + BDLA	CSI forte dose + ALT	
Palier 5	CSI dose forte + BDLA Centre d'asthme sévère : tiotropium, anti-IgE, anti-IL5, anti-IL13, thermoplasie bronchique	CS**O** faible dose	

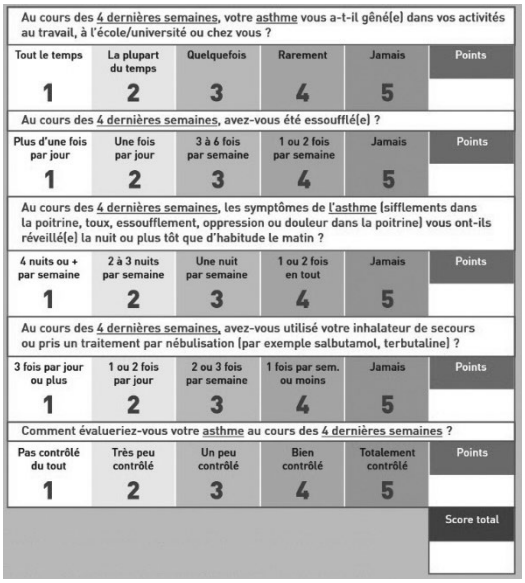
	BDCA : bronchodilatateur bêta-2-mimétique inhalé à courte durée d'action. *BDLA : bronchodilatateur bêta-2-mimétique inhalé à longue durée d'action.* *CSI : corticostéroïde inhalé ; CSO : corticostéroïde oral.* *Tiotropium : antimuscarinique (anticholinergique) inhalé à longue durée d'action.*
Traitement de fond → à prendre *tous les jours*	= **anti-inflammatoire stéroïdien inhalé** = **CSI** (jamais de bronchodilatateur seul). - Instauré dès que symptômes ≥ 2/mois. - Débutant par un **palier 2 ou 3** (en fonction du contrôle de l'asthme). - Si exacerbation inaugurant : ttt d'exacerbation + ttt de fond palier 3.
Traitement de secours	= traitement des symptômes *à la demande* : ° **BDCA** le plus souvent. ° Ou **CSI + Formotérol** à la demande (nouveauté CEP 2023).
Plan d'action	= Conduite à tenir pour le patient **en cas d'exacerbation :** - La reconnaissance par le patient de l'exacerbation et de sa sévérité à partir des symptômes ± du DEP (si mauvaise perception et FdR de décès par asthme). - Modalités de traitement. - Modalités d'accès à des soins médicaux en cas de signes de gravité ou d'échec du traitement applicable en aigu.
Technique de prise du dispositif d'inhalation	- Sur la prescription : consignes claires concernant l'importance et la technique de prise de son traitement de fond. - La technique de prise des dispositifs d'inhalation doit être **expliquée** et idéalement **démontrée** et **vérifiée** (essai par le patient) à chaque rencontre.
Traitement non médicamenteux	- Activité physique régulière. - Contre-indication à la plongée sous-marine en scaphandre.
Traitement des facteurs favorisants *Indispensable pour contrôler l'asthme !*	- **Rhinite.** - **Allergies** : enquête systématique sur l'environnement domestique et professionnel et sa relation avec la survenue des symptômes et des exacerbations. • Boulangers-pâtissiers : farines de céréales, enzymes améliorant la farine, contaminants. • Métiers de la santé : latex, aldéhydes, ammoniums… • Coiffeurs : persulfates alcalins, teintures, produits de permanentes. • Peintres au pistolet dans l'industrie automobile : isocyanates, solvants de peintures. • Travailleur du bois : bois exotiques, colles, vernis. • Métiers de nettoyage : acariens, latex, ammoniums, amines aliphatiques. - **Sevrage tabagique** (encouragement fort et répété). - **Éviction des irritants bronchiques** domestiques et professionnels. - **Médicaments** : • + **Bêtabloquants** (y compris collyre) risque d'aggravation d'asthme → avis du pneumologue nécessaire, envisageable si asthme léger contrôlé et en fonction du rapport bénéfices/risques. • + **Aspirine/AINS :** contre-indiqué seulement si hypersensibilité à ces produits connue. - **RGO** : ttt d'épreuve par IPP si symptômes typiques (pyrosis, régurgitation). *Pas de preuve d'efficacité* sur le contrôle de l'asthme. - **Comorbidités** cardiovasculaires, SAOS, obésité, stress, anxiété et des comorbidités liées à la CTC systémique (ostéoporose, diabète, HTA). - **Encourager une activité physique.**
Éviction allergénique	- **Acariens :** réduction de l'humidité relative intérieure (<50 %) ; aspiration (filtre Haute Efficacité pour les Particules Aériennes) ; changement de la literie si infestation importante ; lavage des draps réguliers à température élevée (au moins 60 °C – les acariens meurent à une température > à 56 °C) ; housses anti-acariens pour le matelas (+++), les couettes et oreillers ; privilégier un sommier à lattes ; privilégier une température < 20 °C, aérer largement les chambres. - **Animaux domestiques :** animaux à l'extérieur et pas dans la chambre. Les allergènes de chat peuvent persister pendant plusieurs mois dans l'habitat après le départ de l'animal. - **Moisissures :** nettoyage à l'eau de javel ; ventilation et exposition solaire importante ; éviter les plantes vertes en intérieur. - **Pollens :** difficilement évitable ; ne pas sécher le linge en extérieur et de limiter les sorties en périodes de pics polliniques, adaptation du poste de travail. - **Asthme professionnel :** reconnaissance en MP. Mise en place de protection, aménagement de poste ou reclassement professionnel.
Prévention	- **Prévention des infections respiratoires** : + Vaccination antigrippale : tous les asthmatiques. + Vaccination antipneumococcique : si insuffisance respiratoire chronique, asthme sévère. + Vaccination anti-Covid.

Évaluation de l'efficacité du traitement → 1 à 3 mois

Contrôle de l'asthme

L'asthme est contrôlé si :

1. **Les symptômes d'asthme sont contrôlés** (via évaluation par le Questionnaire **ACT** : Il évalue le contrôle sur 5 questions chacune étant cotée de 1 à 5 sur les symptômes ressentis par le patient sur **les 4 semaines précédentes).**
2. **Rare exacerbations** : < 2 cures de CTC systémique l'année précédente.
3. **Pas d'obstruction bronchique** : VEMS/CV > 0.7 et VEMS ≥ 80 %.



Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il gêné(e) dans vos activités au travail, à l'école/université ou chez vous ?					
Tout le temps	La plupart du temps	Quelquefois	Rarement	Jamais	Points
1	2	3	4	5	
Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été essoufflé(e) ?					
Plus d'une fois par jour	Une fois par jour	3 à 6 fois par semaine	1 ou 2 fois par semaine	Jamais	Points
1	2	3	4	5	
Au cours des 4 dernières semaines, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?					
4 nuits ou + par semaine	2 à 3 nuits par semaine	Une nuit par semaine	1 ou 2 fois en tout	Jamais	Points
1	2	3	4	5	
Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple salbutamol, terbutaline) ?					
3 fois par jour ou plus	1 ou 2 fois par jour	2 ou 3 fois par semaine	1 fois par sem. ou moins	Jamais	Points
1	2	3	4	5	
Comment évalueriez-vous votre asthme au cours des 4 dernières semaines ?					
Pas contrôlé du tout	Très peu contrôlé	Un peu contrôlé	Bien contrôlé	Totalement contrôlé	Points
1	2	3	4	5	
					Score total

Ajustement du traitement

L'asthme est contrôlé ≥ 3M	- Poursuite du même ttt de fond ± diminuer jusqu'à la dose minimale efficace. - Avec toujours au minimum un CSI faible dose.
L'asthme n'est pas contrôlé	→ Vérifier l'absence de cause de non-contrôle de l'asthme : - Observance, technique de prise des dispositifs d'inhalation. - Facteurs favorisants. → Majoration du ttt de fond selon les paliers (cf. plus haut paliers 3, 4, 5).

Suivi de l'asthme

Quand ?	- Suivi périodique ≥ 1 fois/an (rythme adapté à la sévérité). - Consultation 3 mois après chaque modification de traitement. - Suivi mensuel pendant la grossesse. - Programme d'éducation thérapeutique à planifier.
Comment ?	- Évaluation du contrôle de l'asthme. - ± Évaluation de la fonction respiratoire. - Réévaluation du traitement. Vérification de l'observance (discussion empathique). Vérification de la technique de prise des dispositifs d'inhalation. Recherche d'effets secondaires (mycose buccale). Vérification de la compréhension du plan d'action. - PEC des facteurs favorisants et déclenchants (tabac par exemple).

Quand adresser le patient au pneumologue ?

- Si problème de diagnostic notamment avec une autre maladie chronique des bronches.
- Pour mesurer la fonction respiratoire si non disponible.
- En cas d'obstruction bronchique avec VEMS < 80 % ou impossibilité à évaluer.
- Si ≥ 2 exacerbations par an malgré bon suivi.
- Si recours à un traitement de fond par CSI à dose moyenne ou forte.
- En cas d'asthme sévère.

→ Dans une grande proportion de cas, prise en charge par le médecin traitant.

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Comment	- Pourquoi : permet **au patient** de comprendre sa maladie et son traitement. → ↗ Observance ↗ Contrôle de l'asthme ↘ Exacerbation sévères. - Qui : à proposer **précocement** à tous les asthmatiques. particulièrement pour un asthme sévère, mal contrôlé ou à risque d'exacerbation sévère. - Où : les **écoles de l'asthme**.
Objectifs	- Comprendre les mécanismes de la maladie. - Connaître les signes de la perte de contrôle et de l'exacerbation. - Savoir mesurer et interpréter son DEP. - Connaître les mécanismes d'action et indications des traitements. - Maîtriser l'utilisation des dispositifs d'inhalation. - Savoir mettre en place le plan d'action. - Contrôler l'environnement en repérant et en évitant les facteurs favorisants.

ÉVOLUTION

- Maladie chronique avec les risques futurs : exacerbations récurrentes, déclin de la fonction respiratoire (handicap).
- Altération de la qualité de vie : performances physiques, psychologiques et sociales.

→ Absentéisme scolaire ou professionnel en cas d'asthme mal contrôlé. Sédentarité.

- Limitation des activités en rapport avec l'asthme : handicap respiratoire.
- Asthmes sévères : affections de longue durée (ALD 14.2).

→ Place de l'éducation thérapeutique +++ pour prévenir les risques futurs.

EXACERBATION D'ASTHME

DIAGNOSTIC

Diagnostic d'exacerbation

- Définition d'exacerbation (voir plus haut).
- Survient en général dans un contexte de :
  . Mauvaise observance à un ttt de fond et/ou.
  . En réponse à un agent extérieur (infection virale, exposition allergénique, pollution).
- ↗progressive de l'obstruction bronchique (↘ VEMS, ↘ DEP) : +/-.
- NB : peuvent survenir chez un patient avec un asthme léger bien contrôlé !

Facteurs de risque d'exacerbation +++

- Symptômes d'asthme non contrôlés.
- Absence de corticostéroïde inhalé (CSI) : absence de prescription, non observance ou mauvaise technique d'utilisation.
- Utilisation excessive de BDCA (> 1 flacon/mois) : caractère répété des symptômes.
- VEMS < 60 %.
- Problèmes psychologiques ou socio-économiques majeurs.
- Exposition au tabac et aux allergènes (si allergie).
- Comorbidités : obésité, rhinosinusite chronique, allergie alimentaire.
- Eosinophilie sanguine ou dans les crachats.
- Grossesse.
- Exacerbation sévère dans les 12 mois précédents.
- ATCD d'intubation ou hospitalisation en soins intensifs pour asthme.

Facteurs de risque de décès par asthme +++ → PEC rapprochée

- ATCD d'exacerbation sévère nécessitant intubation et ventilation mécanique.
- Hospitalisation ou visite aux urgences pour asthme dans l'année précédente.
- Prise actuelle ou arrêt récent d'une corticothérapie orale.
- Problèmes identifiés d'observance thérapeutique :
  . Arrêt ou absence de CSI.
  . Utilisation inadéquate BDCA = ttt de fond insuffisant (et non toxicité propre de BDCA).
  . Absence de suivi codifié pour l'asthme.
- Maladie psychiatrique ou problèmes psycho-sociaux.
- Allergie alimentaire.
- Hypersensibilité à l'aspirine et aux AINS.
- Tabagisme actif et toxicomania.

Gravité d'exacerbation

- **Modérée** : vie quotidienne perturbée, modification ttt nécessaire, PEC ambulatoire.
- **Sévère** : met en jeu le pronostic vital et nécessite une PEC en milieu hospitalier.
- Exacerbation quasi-mortelle (*near fatal asthma*).

Insuffisance respiratoire d'évolution suraiguë.
Concerne une minorité de patients (hommes jeunes) *percevant peu leurs symptômes.*

Critères de sévérité	
Initiaux = signes de lutte	Terminaux = signes de défaillance
Parle avec des phrases Préfère la position assise qu'allongée Non agité Augmentation de la FR FC > 100/min SpO_2 < 95 % en AA DEP > 50 % de la meilleure valeur (ou théorique si inconnue)	Parle avec des mots Assis penché en avant Agité FR > 30/min Utilisation des muscles respiratoires accessoires FC > 120/min SpO2 < 90 % en AA DEP ≤ 50 % de la meilleure valeur ou non réalisable Silence auscultatoire Respiration paradoxale Troubles de la conscience, bradycardie, collapsus

Examens complément.

Ne doivent pas retarder la prise en charge :
- **Radiographie thoracique** : recherche de diagnostic différentiel ou complication (pneumothorax, pneumo-médiastin, emphysème sous-cutané).
- **Gazométrie artérielle** si signes de gravité à la recherche d'une hypercapnie.
→ Acidose lactique possible si utilisation de BDCA à forte dose (régresse spontanément).

TRAITEMENT

PEC des situations d'urgences : **Exacerbation modérée** *PEC initiale*

Bronchodilatateur inhalé par **BDCA** bêta-2-mimétiques (**salbutamol** ou **terbutaline**)	**Indispensable**, voie inhalée > > > SC ou IV. - En dehors d'un milieu médicalisé : dispositif d'inhalation (+/- chambre d'inhalation) 4 à 10 bouffées toutes les 20 min jusqu'à amélioration clinique durant la 1re heure. - En milieu médicalisé (SAMU ou hôpital) : nébulisation (vecteur = O2) **5 mg** sur une durée de 10 à 15 min répétés toutes les 20 min durant la 1re heure.
Corticoïdes voie systémique (orale)	**Prednisolone/prednisone 1 mg/kg/jour** chez l'adulte, max 50 mg/j. Durée de 5 à 7 jours puis arrêt sans décroissance.
Oxygénothérapie	Si hypoxémie, objectif SpO_2 = 94-98 %.
Recherche et traitement d'un **facteur favorisant** (infection, allergène, médicament).	

Exacerbation sévère	*Futur du patient*		Réévaluation clinique ***très rapprochée.*** Aggravation/non-amélioration après 1 heure → soins intensifs (transport médicalisé) et majoration des thérapeutiques. Devenir du patient : Retour à domicile, hospitalisation conventionnelle, soins intensifs ? Facteurs décisifs : Absence d'accompagnant à domicile, âge ou comorbidités.
	Transfert **médicalisé** dans une unité de **soins intensifs.**		
	O2		Objectif : SpO_2 = 93-95 %.
	Bronchodilatateur		Voie inhalée à forte dose, nébulisation avec vecteur = O2, durée de 10 à 15 min, répétée toutes les 20 min, durant la 1re heure. - **Bêta-2-mimétiques** (Salbutamol/terbutaline) : **5 mg**. - **Anticholinergique** (ipratropium) : **0,5 mg**.
			En cas d'échec, possibilité d'utiliser les bêta-2-mimétiques par voie injectable : - À domicile : 0,5 mg de terbutaline (1 ampoule) en *sous cutanée.* - En milieu médicalisé (SAMU ou hôpital) : *seringue électrique* à posologie croissante progressivement, début à 0,25-0,5 mg/h salbutamol ; **scope** obligatoire (effet adrénergique, et risque d'hypokaliémie).
	Corti-coïdes		Voie systémique **prednisolone/prednisone 0.5 à 1 mg/kg/jour,** max 60 mg/j chez l'adulte. Immédiate, aucune contre-indication.
	Ventilation mécanique : si signe de gravité extrême. Recherche et traitement d'un facteur favorisant (infection, allergène, médicament). Réévaluation clinique ***très rapprochée.***		
EXACERBATION	**Réévaluation clinique de l'exacerbation**		Surveillance clinique très rapprochée : • Réévaluation de la dyspnée, FR, pouls, TA et SpO_2. • Mesure répétée du **débit de pointe** (DEP). Orientation : • Formes sévères d'emblée : hospitalisation rapide. • Formes non sévères : évaluation rapide de l'efficacité du ttt de 1re ligne avant de décider du maintien à domicile.
	Planification du suivi		**Consultation à un mois** pour : • Évaluer le contrôle de l'asthme. • Évaluer les facteurs de risque de nouvelle exacerbation. • Vérifier la compréhension du traitement et la technique d'inhalation. • Orienter le patient vers un programme d'éducation thérapeutique.

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX DE L'ASTHME

Médicament	Galénique	Mécanisme d'action/Indication	Effets secondaires (ES)
Corticoïdes inhalés (CSI) Béclométasone Budésonide Fluticasone	Aérosol doseur Inhalateur de poudre sèche (Nébulisation : à éviter)	Traitement anti-inflammatoire **le plus efficace** de l'asthme	Non fréquents. ES locaux : **mycose** bucco-pharyngée, dysphonie → **rinçage de la bouche** ou chambre d'inhal. ES systémique exceptionnel
Corticoïdes systémiques Prednisone Prednisolone	Voie orale ++ IM ou IV : si trouble de conscience	- Ttt précoce dans les **exacerbations :** Durée 5 à 7 j, efficace en 4-6h - CTC **au long cours** dans certains cas d'asthme sévère (suivi pneumologue)	ES de CTC au long cours : ostéoporose, diabète, HTA, obésité, insuffisance surrénale, etc.
Bronchodilatateurs bêta-2-mimétiques à longue durée d'action (BDLA) Salmétérol, Formotérol En association avec CSI : Formotérol-budésonide Salmétérol-fluticasone Formotérol-béclométasone	Aérosol doseur Inhalateur de poudre sèche	TOUJOURS EN ASSOCIATION avec un CSI L'utilisation d'un BDLA seul augmente le risque de complications	Tachycardie Céphalées Crampes
Bronchodilatateurs bêta-2-mimétiques à courte durée d'action (BDCA) Salbutamol, Terbutaline	Aérosol doseur Inhalateur de poudre sèche Nébulisation IM ou IV : rare	Traitement de choix pour les **symptômes** et prévention de l'asthme d'effort	Tachycardie Tremblements Céphalées Crampes
Anticholinergiques Ipratropium	Nébulisation	En association avec un BDCA en cas d'asthme aigu grave	Sécheresse buccale
Anti-leucotriène Montélukast	Voie orale	Cible une des voies de l'inflammation dans l'asthme. Alternative (moins efficace) à des BDLA, en association avec les CSI.	ES rares et bénins : douleurs abdominales, céphalées

Anti-IgE Omalizumab	Sous-cutanée	Inhibe la liaison des IgE au récepteur à IgE de haute affinité. Option pour asthme persistant **allergique** sévère non contrôlé	- Réaction au site d'injection fréquent, mais sans gravité - Anaphylaxie rare

CODEX.:, S-ECN.COM

RHINITE CHRONIQUE ALLERGIQUE (RCA)

<table>
<tr><td rowspan="4">DIAGNOSTIC</td><td rowspan="3">Positif
→ clinique

RCA = RC + A</td><td>RC=
Rhinite
chronique</td><td>- Symptômes PARÉO : Prurit, Anosmie, Rhinorrhée, Éternuements, Obstruction nasale.
+/- Symptômes oculaires (conjonctivite) : larmoiements, rougeur, sensations de brûlure, sensibilité à la lumière.
- Examen des fosses nasales au speculum nasal (ou à l'otoscope) : muqueuse inflammatoire +/- polypes.</td></tr>
<tr><td colspan="2">A = caractère allergique (cf. Item 182).</td></tr>
<tr><td>Sévérité :
2 facteurs</td><td>- Durée des symptômes : Rhinite intermittente : < 4 semaines consécutives par an.
Rhinite persistante : > 4 semaines consécutives par an.
- Sévérité des symptômes = retentissement sur la qualité de vie (sommeil, activité sociale, scolaire, sportive, professionnelle) :
° absent = RCA légère.
° présent = RCA modérée à sévère.</td></tr>
<tr><td>Différentiel</td><td colspan="2">Rhinites chroniques non allergiques → Il est indispensable d'argumenter le caractère allergique.</td></tr>
<tr><td colspan="2">BILAN RADIO</td><td colspan="2">Pas de bilan radiologique sauf si recherche de diagnostic différentiel ou associé.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">TRAITEMENT</td><td colspan="3">Prise en charge du facteur allergique (cf ci-dessus dans la partie asthme).</td></tr>
<tr><td colspan="3">Lavage nasal au sérum physiologique.</td></tr>
<tr><td>Ttt
médicamenteux</td><td colspan="2">1) Antihistaminiques par voie orale (1er chois) ou locale. Effets secondaires : somnolence, orexigène.
2) Corticoïdes nasaux (pulvérisation) : bénéfice sur les symptômes PAREO. Effet secondaire : Sécheresse de la muqueuse nasale → Pas de préférence pour l'un ou l'autre.
NB : Les vasoconstricteurs nasaux sont déconseillés au long cours (risque de rhinite iatrogène) et notamment chez les patients coronariens (risque de coronarospasme).</td></tr>
<tr><td>Ttt non
médicamenteux</td><td colspan="2">- Sevrage tabagique.
- Prise en charge du stress et anxiété car retentissement sur le sommeil fréquent.</td></tr>
</table>